PERSPECTIVAS NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE:

POLÍTICAS PÚBLICAS E O CUIDADO NA ASSISTÊNCIA

Organizadores

Lílian Natália Ferreira de Lima

Maikon Chaves de Oliveira

Editora Poisson

Lílian Natália Ferreira de Lima
Maikon Chaves de Oliveira
(Organizadores)

Perspectivas nas ciências da saúde: Políticas públicas e o cuidado na assistência

1ª Edição

Belo Horizonte
Editora Poisson
2023

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial
Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
MSc. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
Msc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P467
Perspectivas nas ciências da saúde: Políticas públicas e o cuidado na assistência / Organização: Lílian Natália Ferreira de Lima, Maikon Chaves de Oliveira - Belo Horizonte MG: Poisson, 2023

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-306-5
DOI: 10.36229/978-65-5866-306-5

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem I. LIMA, Lílian Natália Ferreira de II. Oliveira, Maikon Chaves de III. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterada.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

Organizadores

Lílian Natália Ferreira de Lima

Doutora em Biologia de Agentes Infecciosos e parasitários na Universidade estadual do Pará (UFPA) Mestre em Ensino de Ciências Ambientais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais na Faculdade de Geociências da Universidade Federal do Pará(UFPA). Especialista em docência do ensino Superior pela Faculdade João Calvino(FJC). Especialista em Diversidade de Gênero na Escola pela Universidade Federal do Tocantins(UFT). Graduada em Ciências Naturais-Biologia pela Universidade Estadual do Pará (UEPA). Professora na Universidade Estadual do Tocantins. Revisora da Revista Acervo Saúde. Líder do grupo de pesquisa Doenças infecciosas e Negligenciadas (DIN/UNITINS). Vice-coordenadora do Comitê de ética e pesquisa da Unitins(CEP).

Maikon Chaves de Oliveira

Possui graduação em ENFERMAGEM pela Universidade Luterana do Brasil (2006) e Mestrado em Ciências Ambientais pela Universidade de Taubaté (2014). Atuou como docente do curso de enfermagem na Faculdade do Bico do Papagaio-FABIC, ministrando as disciplinas de teoria: Enfermagem em Saúde Mental I e II, Ética Profissional, Saúde e Meio Ambiente, Orientações de projetos e TCC. Na prática:Estágio de Gerenciamento Hospitalar, Estágio de Enfermagem em Saúde Mental. Na Fundação Universidade do Tocantins, onde ministrei as disciplinas de teoria: Enfermagem em Saúde Mental, Atendimento Pré-hospitalar e orientações de Projetos e TCC. Já na prática: Estágio em Enfermagem em Saúde Mental. Foi professor substituto da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, ministrando as disciplinas de Anatomia Humana e Metodologia da Pesquisa em Saúde e atualmente atua como professor da Universidade Estadual do Tocantins-UNITINS, sendo ministradas as seguintes disciplinas: Enfermagem em Saúde Mental, Enfermagem Clínica II, Patologia e Imunologia, História da Enfermagem, Informática em Saúde e Enfermagem em Urgência e Emergência. Trabalhou como enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I de Tocantinópolis-TO, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I de Araguatins-TO, Policlínica do município de Marabá-PA e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPS-AD de Augustinópolis-TO. Tem experiência na área de Enfermagem, com vasta experiência em Saúde Mental e na docência do ensino superior, abrangendo disciplinas teóricas e práticas

Prefácio

A busca pelo bem-estar e cuidado integral das pessoas tem sido uma constante na evolução da medicina e das práticas de saúde. Nesse contexto, temas que permeiam a vida desde o nascimento até a terceira idade ganham relevância primordial. O parto, como um momento de profunda transição e significado, merece uma atenção especial que reflete não apenas os avanços clínicos, mas também a busca por experiências humanizadas e respeitosas. Neste prefácio, exploramos a assistência do enfermeiro durante o parto, enfatizando seu papel crucial no cuidado à mãe e ao recém-nascido, bem como na promoção de um ambiente acolhedor e seguro.

Além disso, em meio aos desafios impostos pela pandemia de COVID-19, a saúde mental emergiu como um aspecto intrínseco e fundamental da jornada de cada indivíduo. A crise sanitária global não apenas redefiniu as prioridades da assistência médica, mas também colocou em destaque a importância de cuidar da saúde mental de forma holística. Neste prefácio, exploramos a interseção entre saúde mental e a pandemia, destacando a necessidade de atenção à saúde emocional em tempos de incerteza e isolamento.

Por fim, abordamos o envelhecimento e o papel crucial que a sociedade tem na promoção do bem-estar dos idosos. Em uma sociedade em constante transformação demográfica, os desafios e oportunidades associados ao envelhecimento saudável e digno tornaram-se inescapáveis.

Discutimos a importância de políticas e práticas que garantam uma vida digna, ativa e / centrado no indivíduo, respeitando suas fases de vida, suas necessidades emocionais e físicas, e reconhecendo a importância de um olhar compassivo e abrangente na promoção da saúde e do bem-estar. Convidamos você a explorar essas questões, refletir sobre as abordagens apresentadas e considerar o papel fundamental que todos nós desempenhamos na construção de um mundo mais saudável e acolhedor.

Lílian Natália Ferreira de Lima
Maikon Chaves de Oliveira

SUMÁRIO

Capítulo 1: Desafios do envelhecimento: Impacto das quedas na qualidade de vida.....07

Monalisa Alencar Moraes Gomes,Lílian Natália Ferreira de Lima,Paulo César Alves Paiva,Yatha Anderson Pereira Maciel,Sônia Maria Neri de Araújo,Alírio Sérgio Mareco Batista,Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro,Maria Adenilda da Silva,Maikon Chaves de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-306-5.CAP.01

Capítulo 2: Impactos do isolamento social na saúde mental dos idosos em virtude da pandemia de Covid-19 17

Jercy Gabriella Gomes Marinho,Lílian Natália Ferreira de Lima,Paulo César Alves Paiva,Yatha Anderson Pereira Maciel,Sônia Maria Neri de Araújo,Alírio Sérgio Mareco Batista,Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro,Maria Adenilda da Silva,Maikon Chaves de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-306-5.CAP.02

Capítulo 3: Humanização do parto: Promovendo a autonomia e o cuidado na assistência.....29

Welman de Sousa Lima ,Lílian Natália Ferreira de Lima,Paulo César Alves Paiva,Yatha Anderson Pereira Maciel,Sônia Maria Neri de Araújo,Alírio Sérgio Mareco Batista,Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro,Maria Adenilda da Silva,Maikon Chaves de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-306-5.CAP.03

Capítulo 4: Transformações no parto e a experiência integral.....38

Welman de Sousa Lima ,Lílian Natália Ferreira de Lima,Paulo César Alves Paiva,Yatha Anderson Pereira Maciel,Sônia Maria Neri de Araújo,Alírio Sérgio Mareco Batista,Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro,Maria Adenilda da Silva,Maikon Chaves de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-306-5.CAP.04

Capítulo 5: Uma análise da evolução, avanços e desafios na assistência ao parto.....47

Welman de Sousa Lima ,Lílian Natália Ferreira de Lima,Paulo César Alves Paiva,Yatha Anderson Pereira Maciel,Sônia Maria Neri de Araújo,Alírio Sérgio Mareco Batista,Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro,Maria Adenilda da Silva,Maikon Chaves de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-306-5.CAP.05

Capítulo 6: Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil.....54

Welman de Sousa Lima ,Lílian Natália Ferreira de Lima,Paulo César Alves Paiva,Yatha Anderson Pereira Maciel,Sônia Maria Neri de Araújo,Alírio Sérgio Mareco Batista,Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro,Maria Adenilda da Silva,Maikon Chaves de Oliveira

DOI: 10.36229/978-65-5866-306-5.CAP.06

Capítulo 1

Desafios do envelhecimento: Impacto das quedas na qualidade de vida

Monalisa Alencar Moraes Gomes
Lílian Natália Ferreira de Lima
Paulo César Alves Paiva
Yatha Anderson Pereira Maciel
Sônia Maria Neri de Araújo
Alírio Sérgio Mareco Batista
Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro
Maria Adenilda da Silva
Maikon Chaves de Oliveira

Resumo: O envelhecimento traz desafios, sendo as limitações físicas e as quedas questões cruciais para os idosos. À medida que envelhecem, a vulnerabilidade a quedas aumenta, impactando além das lesões imediatas. Este estudo explora as complexas ramificações dessas limitações e quedas, abordando sua influência na qualidade de vida e nos desafios mentais dos idosos. As quedas não apenas afetam a independência, mas também geram barreiras físicas e emocionais que limitam atividades diárias e corroem a autoconfiança. O medo de quedas subsequentes gera ansiedade e vulnerabilidade, resultando em impactos profundos na saúde mental. Ao analisar esses aspectos, buscamos compreender as transformações após quedas e fomentar diálogos sobre o aprimoramento do cuidado para idosos, considerando suas necessidades complexas. Este estudo visa oferecer insights para estratégias de prevenção e apoio, promovendo uma vida saudável e significativa na terceira idade.

Palavras-chave: Envelhecimento, Quedas, Qualidade de vida

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e inevitável que traz consigo um conjunto de desafios e mudanças. Entre eles, as limitações físicas e as consequências das quedas emergem como questões de grande relevância na vida dos idosos. À medida que a idade avança, a vulnerabilidade a quedas aumenta, e os impactos desses eventos se estendem muito além das lesões imediatas. Nesta introdução, exploraremos as complexas ramificações das limitações e das quedas na vida dos idosos, examinando como esses aspectos contribuem para a diminuição da qualidade de vida e, muitas vezes, para a emergência de desafios mentais.

As quedas são um problema que transcende a mera ocorrência de um acidente físico. Elas constituem um fator crucial que influencia a independência e a autonomia dos idosos. A cada queda, as barreiras físicas e emocionais tornam-se mais pronunciadas, restringindo a capacidade de realizar atividades diárias simples e desgastando a autoconfiança. Consequentemente, a liberdade para participar de atividades sociais, culturais e recreativas é comprometida, criando um ciclo de isolamento que afeta diretamente a qualidade de vida.

Além das limitações físicas resultantes das quedas, os efeitos psicológicos também são profundos. O medo de cair novamente muitas vezes se instala, gerando ansiedade constante e uma sensação de vulnerabilidade. A mente torna-se uma arena de conflitos, onde a necessidade de manter a mobilidade compete com o receio de sofrer novos acidentes. Essa tensão emocional pode ter impactos significativos na saúde mental, desencadeando sintomas depressivos, isolamento social e uma diminuição geral do bem-estar psicológico.

Nesta exploração das limitações e das consequências pós quedas na vida dos idosos, será nossa busca compreender as nuances dessas experiências. Através da análise desses aspectos físicos e emocionais, poderemos vislumbrar a magnitude das transformações que ocorrem na vida dos idosos após enfrentarem quedas. Ao trazer essas questões à luz, esperamos contribuir para um diálogo informado e sensível sobre como podemos melhorar a qualidade de vida dos idosos, promovendo o cuidado holístico e a atenção às necessidades complexas que surgem com o envelhecimento.

Ao longo deste capítulo, exploraremos as dimensões variadas das limitações e das consequências pós quedas, buscando uma compreensão abrangente e empática dos desafios que os idosos enfrentam. Nosso objetivo é oferecer informações que possam

informar estratégias de prevenção, intervenção e apoio, visando a promoção de uma vida saudável e significativa na terceira idade.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa é bibliográfica de caráter exploratório e com abordagem qualitativa.

A pesquisa bibliográfica é feita com base em documentos já elaborados, tais como livros, dicionários enciclopédias, periódicos como jornais e revistas, além de publicações, como comunicação e artigos científicos, resenha e ensaios críticos (SANTOS, 2015). Segundo Santos (2015), a pesquisa exploratória se caracteriza pela existência de poucos dados disponíveis. Tem por objetivo aprofundar e aperfeiçoar ideias e a construção de hipóteses.

A pesquisa qualitativa está mais relacionada no levantamento de dados sobre as motivações de um grupo, em compreender e interpretar determinados comportamentos, a opinião e as expectativas dos indivíduos de uma população (PHD, 2015).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As limitações e suas consequências pós quedas vem sendo um grande problema na vida dos idosos e corroborando para a diminuição na qualidade de vida destes, pois as quedas acarretam uma série de problemas de caráter físicos e psíquicos, podendo até mesmo ocasionar o surgimento de sofrimentos mentais posteriormente.

É importante já que as quedas podem ser recorrentes em idosos e são consideradas de alto risco com indícios para novas quedascom a idade. Idosos que já foram vítimas de quedas e de comorbidades associadas a elas, tem suas atividades diárias reduzidas, sendo que os traumas são geralmente traumatismos encefálicos, do fêmur, lombar e quadril.

O maior número de atendimentos nas unidades de terapia, são de idoso com traumas oriundas das quedas de cavalo, cadeira, cama, bicicleta, escada, telhado e da própria altura dentro da estrutura da casa que habita, que contribui para que se tornem mais fragilizados.

As quedas tiveram frequência maior da própria altura, dados esses também em consonância com outros artigos pesquisados. Sendo que as consequências decorrentes dessas quedas foram: feridas, edemas, hematomas e/ ou escoriações e até fraturas.

São muitos fatores que se relacionam com as quedas sofridas pelos idosos, tais como uso de medicamentos, problemas que vem com o próprio processo de envelhecer e as comorbidades que surgem com o envelhecimento.

A diminuição da força muscular é um processo natural do envelhecer que altera o equilíbrio, a dificuldade de locomoção pode ocasionar a queda e com isso várias consequências, isso gera várias complicações ao idoso como fraturas e internações e até mesmoa síndrome de pós-queda que nada mais é o medo de cair novamente. Há também as doenças agudas e crônicas, como a osteoporose, por exemplo, a medicação, pode alterar o estado cognitivo, aumentando o risco de queda. Dessa forma fica evidente que as quedas acabem gerando medo e insegurança o que futuramente poderá surgir sofrimentos de caráter psíquicos nestas vítimas de queda, podendo surgir até mesmo ansiedade generalizada, depressão, síndrome do pânico entre outras patologias de caráter mental.

No que se refere as mudanças mais comuns na pós queda, nota-se que as quedas causam um grande impacto psicossocial, causando limitações e com isso reclusão do idoso na sociedade, as atividades diárias são reduzidas ou bastantes limitadas, passam um bom tempo hospitalizado em tratamento e reabilitação, além da queixa constantes dos familiares quanto aos custos significativos no tratamento de reabilitação.

Percebe-se que há inúmeras problemáticas e inda tem a procura por consultas e exames médicos periódicos, o aumento da atenção e cuidado ao realizar determinadas tarefas, a escolha do calçado mais adequado. Percebeu-se também o cuidado por parte da família e que no geral as consequências das quedas levaram à adoção de medidas cautelosas e preventivas para evitar novos episódios de quedas.

Quanto aos sofrimentos mentais que possam surgir após a queda percebe-se pelo estudo que o medo é bem presente, medo de cair novamente, medo de ficar dependente dos cuidados de outras pessoas. Vulnerabilidade e insegurança são os sentimentos mais constantes no idoso de qualquer faixa etária, a dependência nos cuidados de terceiros torna-se torturante; porém, são pessoas fragilizadas tornar-se dependente diante do processo natural de envelhecimento, é sinônimo de perda total da autonomia, uma vez que se encontram numa sociedade em que o “estar velho” representa isolamento social e restrição nas ações.

A dependência que vem naturalmente após uma queda, uma ajuda indispensável para a realização das atividades rotineiras. Isso faz com que o idoso que se vê dependente de terceiros, fomente reações negativas, tanto psicológicas, emocionais e sociais.

A queda causa danos à saúde física e psicológica, devido ao medo, à ansiedade, à insegurança e à dependência que decorrerem dela.

A amostra final desta revisão foi constituída por (12) doze artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. O Quadro 01 representa as especificações de cada um dos artigos a seguir:

Quadro 01: Artigos levantados pertinentes à temática do Estudo.

Título do artigo	Ano de publicação	Considerações
Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul (*Clariana Vitória Ramos)*.	2011	O objetivo deste estudo foi identificar os principais fatores causadores de quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento, no Rio Grande do Sul. Pesquisa quantitativa, do tipo *survey*, descritiva, com 39 idosos, aos quais se aplicou entrevista para verificar perfil, questões relacionadas à saúde, condições da moradia relacionada a queda vivenciada, no período de dezembro de 2009 a abril de 2010.
A prevenção e o controle de Quedas em Idosos: um estudo de caso com enfermeiras. (PR Almeida)	2006	Para a promoção da saúde, para a redução de danos ao paciente internado e para a segurança do profissional e do usuário, há necessidade de se fazer uma reflexão profunda das ações de prevenção e controle das quedas em idosos no cotidiano de suas atividadese verifica a atuação das enfermeiras.
A queda e suas consequências para o idoso: aspectos psicológicos e emocionais. (Ana Maria Martins Pereira)	2006	As quedas entre pessoas idosas constituem um importante problema clínico e de saúde pública, devido a sua alta incidência com consequente mortalidade e morbidade elevadas nesta população, causando um grande impacto na vida dos idosos, familiares e sistema público de saúde, gerando altos custos assistenciais. Os resultados encontrados sugerem que há uma grande necessidade de se produzir informações sobre alguns fatores de risco para as quedas, aos quais os idosos estão expostos diariamente, sobre a necessidade de uma postura orientadora por parte dos profissionais da saúde e do desenvolvimento de práticas preventivas significativas de baixo custo, no nível primário de atenção à saúde do idoso.

Quadro 01: Artigos levantados pertinentes à temática do Estudo. (continuação)

Título do artigo	Ano de publicação	Considerações
O olhar e o sentir do idoso no pós-queda (EmmanuellaMaussara Rocha de Carvalho)	2009	A queda de idosos é um problema de relevância para a saúde pública no que diz respeito aos desfechos que esse incidente pode desencadear. Sendo assim, esta pesquisa se propôs a uma melhor compreensão, sob a ótica do idoso, do que se passa após esse incidente.
Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática (Adriana Sarmento de Oliveira)	2014	A queda em idosos é resultado de uma interação complexa entre fatores intrínsecos e extrínsecos. Embora seja difícil separar esses fatores, estudos apontam que fatores de risco ambientais estão presentes em aproximadamente 40% das quedas. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre o envolvimento de fatores ambientais nas quedas em idosos vivendo na comunidade.
Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional (Jack Roberto Silva Fhon)	2012	Mostra a prevalência de quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. Trata-se de estudo epidemiológico transversal de base populacional, com uma amostra por conglomerado de duplo estágio de 240 sujeitos, com idade acima de 60 anos, de ambos os sexos, residentes em Ribeirão Preto, SP
Risco de quedas da própria altura em idosos: um agravo na saúde do idoso.(Daniele Lopes Rodrigues)	2014	Este é um estudo de caso de natureza qualitativa relacionado à queda para um idoso de 68 anos que reside em Pitangui-MG. As quedas entre pessoas idosas constituem um importante problema clínico e de saúde pública, devido a sua alta incidência com consequente mortalidade e morbidade elevadas nesta população, causando um grande impacto na vida dos idosos, familiares e sistema público de saúde, gerando altos custos assistenciais.
Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional(Gizelearia Matos)	2011	A população de idosos no Brasil está entre as que mis cresce no mundo.E isto, tem ocorrido em grande proporção. Contudo o sistema Único de saúde(SUS) talvez ainda não esteja preparado para lidar com esta demanda tão grande, visto que a maior utilização dos serviços do SUS e feita pela população idosa.

Quadro 01: Artigos levantados pertinentes à temática do Estudo. (continuação)

Título do artigo	Ano de publicação	Considerações
O olhar e o sentir do idoso no pós-queda (EmmanuellaMaussara Rocha de Carvalho)	2010	A queda de idosos é um problema de relevância para a saúde pública no que diz respeito aos desfechos que esse incidente pode desencadear. Sendo assim, esta pesquisa se propôs a uma melhor compreensão, sob a ótica do idoso, do que se passa após esse incidente.
Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público (Suzele Cristina Coelho Fabrício)	2004	Investigar a história da queda relatada por idosos, identificando fatores possivelmente relacionados, assim como local de ocorrência, causas e consequências. A amostra da investigação constou de 50 idosos, de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, residentes em Ribeirão Preto, SP, que haviam sido atendidos em duas unidades de um hospital público. Foram consultados prontuários e realizadas visitas domiciliares para aplicação de um questionário estruturado com perguntas abertas, fechadas e mistas relativas à queda
Fatores que predispõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS (Ana Carla Piovesan)	2011	A fisioterapia desempenha importante papel na prevenção das quedas na pessoa idosa. Os objetivos deste estudo foram investigar os fatores de risco que predispõem a quedas em idosos residentes na Região Oeste de Santa Maria/ RS, assim como investigar a incidência de quedas, ao mesmo tempo em que se buscou desenvolver estratégias para a prevenção de quedas em idosos. A pesquisa foi do tipo descritivo-qualitativa.
Envelhecimento Humano: diferentes olhares (Gilsenir Maria Prevelato de Almeida)	2015	O crescimento acelerado da população idosa no cenário brasileiro, identificado nos resultados do Censo Demográfico de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informam que este segmento no Brasil atualmente é de 8.011.375 cidadãos, e que há dez anos tínhamos um contingente populacional de apenas 2.707.91, ou seja, tais dados demonstram o crescimento acelerado desta faixa etária idosa, o que, certamente, traz repercussões demográficas e, consequentemente, social.

Nota-se a partir das produções científicas analisadas que estão demonstradas nos artigos que há uma preocupação por parte da enfermagem com os idosos, essa preocupação está presentesob diversosolhares e perspectivas, pois os profissionais de enfermagem tem uma maior contato no processo de reabilitação e acabam conhecendo as aflições, medos e insegurança e as causas das quedas, colocando esse profissional como

um dos responsáveis no processo dos cuidados de reabilitação,encorajamento afim de restabelecer a confiança de sua autonomia e também nas orientações cabíveis para o presente momento e para a pós alta hospitalar e de cuidados em outros dispositivos de saúde.

Espera-se com a elaboração deste estudo cientifico que possa vir mudanças quanto aos cuidados ao idoso, e para que assim, possa vir evolução através destas pesquisas utilizadas aqui como base, para que os cuidadores e os centros hospitalares e demais dispositivos de saúde desenvolvam medidas que diminuam ou eliminem os anseios decorrentes das quedas.

Observou-se na literatura estudada a predominância de quedas de própria estatura dentro da residência do idoso, especialmente quedas graves, essas quedas levam a maioria dos idosos a UTI. Resultado semelhante ao encontrado em quase todos os artigos estudados, confirma-seque a causa maior das quedas se dá no próprio domicílio do idoso, sendo a maior parte da própria altura, relacionada a problemas com o ambiente.

Vê-se que, os enfermeiros sofrem o desafio e os reconhecem o impacto das dificuldades decorrente encontradas para o atendimento e tratamento ao idos vítimas de quedas. Essas dificuldades não devem ser uma constituinte de fatores impeditivos. Entretanto deve-se fazer desses impedimentos a busca de avanços de melhorias para arecuperação total dos idosos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se a partir deste estudo os sentimentos que fazem parte do psicológico do idoso após a queda: a fragilidade do envelhecer traz um conformismo diante da vida, autoconfiança diminui, medo gerados que antecedem a queda.

Torna-se necessário a criação de programas de prevenção a quedas, para as pessoas idosas. Alertar a família e a comunidade sobre os fatores de risco aos quais os idosos estão expostos é uma das estratégias que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde, estes responsáveis em atender as comunidades com uma abordagem que vá além do atendimento a realização de exames, receitas e medicamentos, mas englobando todos aspectos do envelhecer.

É necessário que haja uma equipe multifuncional mais humanizada baseada na relação de respeito, amizade e compreensão entre profissional da saúde e o idoso. Condizente com o estado de saúde e bem-estar. Uma troca de conhecimentos e

experiências que auxilie na busca de um tratamento adequado ao idoso já que esse é escasso.

É necessário que o idoso receba todo suporte multiprofissional para evitar e que venha a ter um controle de quedas, é preciso que o idoso receba suporte multiprofissional. É preciso que os profissionais da área estejam atentos a esse cenário, cada um atuando em suas especificidades, e ao mesmo tempo colaborando para melhores condições de vida dos idosos.

Para tanto fica como sugestão para os próximos acadêmicos procurem estudar sobre o tema, a fim de que novas pesquisas sobre a presente temática sejam feitas e aprimoradas, objetivando a prevenção das quedas desses idosos que se encontram tão vulneráveis, pois o mundo e o Brasil estão em transição de um processo de envelhecimento populacional, onde fica imprescindível as adaptações e comodidades para acomodar e facilitar essa envelhecida geração que teremos em um futuro próximo em nosso País e no restante do mundo.

REFERÊNCIAS

[1] ALMEIDA;Gilsenir Maria Almeida Prevelato E DÁTILO, Ana Paula Cordeiro (orgs.). **Envelhecimento humano : diferentes olhares** /– Marília : Oficina Universitária ; São Paulo : Cultura Acadêmica, 2015. 296 p.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. **Atuação do enfermeiro na atenção básica: informe da atenção básica.** Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo16.pdf>. Acessado em: 12 out. 2015.

[3] CARVALHO, Roseane Beltrão da Cunha; FOTI, Vera Aparecida Madruga, **O Processo de Envelhecimento e os Benefícios da Atividade Física Na Saúde e Qualidade de Vida,** 2008. Disponível em: http://www.efdeportes.com/efd124/o-processo-de-envelhecimento-e-os-beneficios-da-atividade-fisica-html. Acesso em: 15 Novembro., 2016

[4] CARVALHO; Emmanuella Maussara Rocha O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14943/1/ARTIGO_OlharSentirIdoso.PDF, 2010

[5] BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. 2001.

[6] SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária.** São Paulo: EPU, 1995.

[7] _____. **Saúde do idoso**. In: KAWAMOTO, E. E. (Coord.); SANTOS, M. C. H.; São Paulo: EPU. 1995

[8] OLIVEIRA, M. A. F.; COLVERO, L. A. A **saúde mental no programa saúde da família**. São Paulo: USP; 2001.

[9] OLIVEIRA; Adriana Sarmento de , Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00637.pdf 2014

[10] RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **O Estatuto do Idoso (Primeiras Notas Para um Debate)** 2004. Disponível em: http://www.direitodoidoso.braslink.com/01/artigo021.html.

Capítulo 2

Impactos do isolamento social na saúde mental dos idosos em virtude da pandemia de Covid-19

Jercy Gabriella Gomes Marinho
Lílian Natália Ferreira de Lima
Paulo César Alves Paiva
Yatha Anderson Pereira Maciel
Sônia Maria Neri de Araújo
Alírio Sérgio Mareco Batista
Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro
Maria Adenilda da Silva
Maikon Chaves de Oliveira

Resumo: O resumo do texto aborda os impactos da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos idosos. A restrição das rotinas, falta de exercício físico e o isolamento social resultaram em sentimentos negativos, como medo, angústia, raiva, solidão e até tendências suicidas. Agravou-se também a depressão, ansiedade e estresse, causando perturbações nos padrões de sono. Apesar das adaptações tecnológicas, os idosos que vivem sozinhos ou em casas de apoio enfrentaram isolamento prolongado. A compreensão desses impactos é fundamental para planejar intervenções e adaptações pós-pandemia, visando mitigar as consequências psicológicas e emocionais dessa população vulnerável. Portanto, incentiva-se a realização de estudos práticos sobre a adaptação dos idosos após a pandemia para melhor informar a assistência e o apoio adequados.

Palavras: Chave: COVID-19, idosos, saúde mental.

1. INTRODUÇÃO

Em meados de dezembro de 2019 em Wuhan, na China foi detectado o coronavírus SARS-CoV-2, que alcançou subitamente diversos países, desde então, o mundo vem enfrentado o surto de uma nova doença infecciosa e altamente contagiosa (SIMONETTI, et al., 2021; TSAMAKIS, et al., 2020). Com a elevada ocorrência e letalidade dos casos, foi necessário implementar o isolamento social como medida de controle, tendo em vista alta capacidade de mutação e propagação viral (BANERJEE; RAI, 2020).

Toda a população esteve suscetível a infecção por covid-19, contudo são os idosos o grupo mais vulnerável a enfermidade, por uma gama de fatores que afetam a saúde geral dos mesmos, devido as alterações sofridas pelo o sistema imunológico ao longo dos anos. De acordo Canali Scortegagna (2021), à medida que envelhecemos, torna-se cada vez mais difícil para o sistema imunológico eliminar as células infectadas e enviar sinais de alarme ao corpo para ativar os mecanismos de defesa do corpo.

Tendo em consideração que a maioria dos esforços clínicos e científicos foram direcionados para conter os efeitos do vírus sobre a saúde física, contudo suas consequências de curto e longo prazo na saúde mental passaram a ser motivo de grandes preocupações, visto que, à medida que a doença progredia e os períodos de isolamento social foram prolongados, a solidão, a raiva e os sentimentos negativos ameaçavam a integridade psicológica do idoso (FIORILLO, et al., 2020).

Segundo Faro et al. (2020) manter-se afastado de familiares e amigos, junto com a incógnita do tempo que aquilo seria necessário, tornou-se um fator estressante, provocando o aumento de sentimentos de ansiedade, insegurança e medo. Principalmente naqueles que não dispuseram de recursos tecnológicos tais como (smartphones, tablets, notebook) para manter o contato com familiares e amigos (SANTINI, 2020).

Com as mudanças que a pandemia do COVID-19 trouxe na vida das pessoas, desencadeou diversos problemas psicológicos, como por exemplo a ansiedade, medo e insegurança. Agora imagine nos idosos que viveram a maior parte de suas vidas em comunidades que ofereciam formas naturais de conexão social, como clubes sociais, organizações comunitárias e igrejas, os mesmos tiveram mais dificuldades em se adaptar à nova realidade pandêmica e pós pandêmica onde tudo ao qual estavam acostumados ouve alterações e restrições, como receber um abraços de amigos e parentes, visitar o ente querido, reunir-se com a família no almoço de domingo, ir ao velório do ente querido ou viajar. Com as medidas de distanciamento social o isolamento físico os sofrimentos

mentais tornaram-se um importante problema de saúde pública, especialmente entre os idosos em todo o mundo. Nesse sentido surge o seguinte questionamento: Quais são os impactos do isolamento social em virtude da pandemia do COVID-19 na saúde mental dos idosos?

Uma larga parte da população foi impactada de alguma forma pela a Covid-19, seja a curto prazo ou a longo prazo. Torna-se importante, desse modo implementar ações que incentivam cuidados a saúde mental dos idosos, como acesso a medicações e aconselhamento psicológico pós pandemia. Vale ressaltar a importância de assegurar a essa população informações claras e precisas, como formas de conter a ansiedade e o medo, além de oferecer canais de esculta que tragam orientações praticas sobre como enfrentar e gerenciar as situações de estressoras.

Portanto, este estudo justifica-se perante a sociedade por ser um tema de relevância social e por suscitar a discussão do que a própria sociedade deveria estar fazendo no cuidado aos idosos, que na maioria das vezes já apresentam limitações físicas e mentais, portanto, é importante discutir esse tema para que, por meio da identificação desses impactos, se reflitam/sugerem mitigações para essas situações. Essas medidas vão, de uma forma ou de outra, funcionar por meio de políticas públicas que se apliquem à sociedade como um todo, famílias ou cuidadores, e sejam de responsabilidade desses idosos.

2. METODOLOGIA PROPOSTA

A presente pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa com amostra qualitativa. A revisão da literatura é elaborada através de resumos divididos em diferentes tópicos, com isso se tem uma maior compreensão acerca do tema. Através da revisão que surgem novas teorias e oportunidades de novas pesquisas, pois a pesquisa bibliográfica é o primeiro passo para o conhecimento científico (Botelho et al, 2011).

Segundo Botelho et al (2011) através do método da revisão integrativa cria-se uma análise acerca do estudo de várias pesquisas (empíricas ou teóricas) realizadas anteriormente gerando assim novos conhecimentos baseados nos resultados apresentados nas pesquisas encontradas, a implementação de intervenções eficazes na prestação de cuidados, além disso, permite a identificação de fragilidades, que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações.

A pesquisa qualitativa é utilizada para descrever a complexidade de algum assunto, com foco na interpretação dos resultados e não nas suas quantificações (sem uso de estatísticas), sendo necessária uma compreensão e classificação dos processos estudados individualmente ou coletivamente (LOPES, FRACOLLI, 2008; DALFOVO et al, 2008).

A pesquisa foi executada através de dados eletrônicos dentre os quais sites de enciclopédias: *Google Scholar*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e *U. S. National Library of Medicine* (PubMed) com o uso dos descritores: “saúde mental”, “isolamento social”, “idosos”, COVID 19 e “pandemia”

A seguinte pesquisa teve início no ano de 2023, entre os meses de janeiro a junho do mesmo ano.

Para a composição dessa amostra utilizou-se artigos e revistas científicas publicados no período de 2019 a 2022 que estejam relacionados com o tema proposto.

Os critérios de inclusão são textos e artigos que discorram sobre o impacto do isolamento social durante o período da pandemia, as mudanças que a pandemia ocasionou na vida/saúde mental das pessoas idosas, e artigos que respondam à pergunta norteadora da pesquisa.

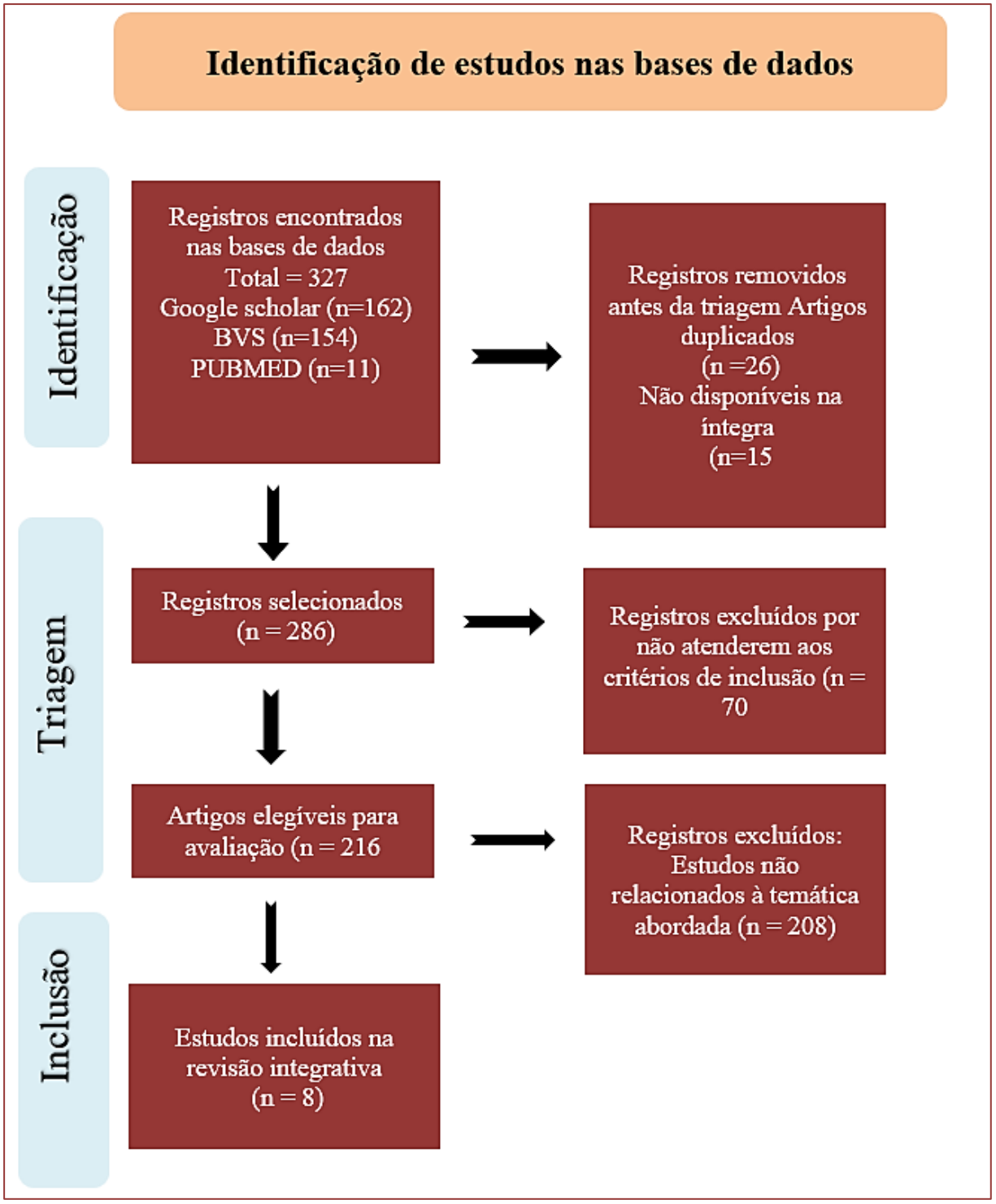
Já os critérios de exclusão remetem a publicações que antecedem o período cronológico estabelecido pelo estudo, textos e artigos que sejam discordantes do tema e publicações que não estavam disponíveis na integra.

A análise dos dados tem como objetivo básico proporcionar o estabelecimento das conclusões da pesquisa a partir dos dados coletados e tabulados e a discursão de acordo com a literatura atualizada. Foram encontrados poucos artigos sobre a temática em questão, principalmente nacionais. Isso porque o conteúdo sobre a pandemia do COVID-19 é considerado recente, mas também demonstra como a temática acerca do isolamento social ainda é um assunto pouco discutido.

3. RESULTADOS

Após a busca nas bases de dados obteve-se um total de 327 artigos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão na triagem resultou-se em um total de 9 artigos para esta revisão integrativa (Figura 1).

Figura 1 – Tabela Prisma



Fonte: Autoria Própria, 2023

Dos 9 artigos incluídos nesta pesquisa, 5 artigos são de revisão integrativa, 1 revisão narrativa, 1 revisão de literatura, 1 revisão bibliográfica e 1 revisão bibliográfica com estudo de caso. Todas as pesquisas incluídas possuem um objetivo comum, associando os impactos da pandemia da Covid-19 a população idosa.

Tabela 1 – Artigos incluídos para esta revisão

Título do artigo	Autores	Objetivos	Tipo de estudo
ISOLAMENTO SOCIAL E IDOSOS FRENTE AO COVID 19: Afeto e cuidado em tempos de pandemia	(CORONANGO; BULHÕES; SILVA, 2020)	O estudo tem como objetivo realizar uma análise das repercussões da medida restritiva de isolamento social conferida pela pandemia do Coronavírus à população idosa.	Revisão bibliográfica e estudo de caso com 10 (dez) idosos
Novo coronavírus e os riscos do isolamento social para os idosos: revisão integrativa	(AYDOGDU, 2020)	O estudo visa investigar os riscos do isolamento social para a saúde dos idosos durante a pandemia causada pelo novo coronavírus.	Revisão integrativa
Idosos e saúde mental: impactos da pandemia COVID-19	(MONTEIRO; FIGUEREDO; CAYANA, 2021)	Verificar os impactos na saúde mental de idosos em decorrência das mudanças de adaptação e reconfiguração de comportamentos sociais durante o período de pandemia da COVID-19.	Revisão bibliográfica
Isolamento social: um olhar a saúde mental de idosos durante a pandemia do COVID-19	(SANTOS; BRANDÃO; ARAÚJO, 2020)	Investigar na literatura os desafios enfrentados no isolamento social para a saúde mental dos idosos durante a pandemia do COVID-19.	Revisão Integrativa
O impacto do isolamento social na qualidade de vida dos idosos durante a pandemia por COVID-19	(SILVA et al., 2020)	Apresentar o impacto do isolamento social na vida da pessoa idosa na atual pandemia por COVID-19.	Revisão de literatura narrativa

Tabela 1 – Artigos incluídos para esta revisão (continuação)

Título do artigo	Autores	Objetivos	Tipo de estudo
Impacto de mídias sociais digitais na percepção de solidão e no isolamento social em idosos	(KUSUMOTA et al., 2022)	Sintetizar o conhecimento disponível sobre o impacto de mídias sociais na percepção de solidão e/ou no isolamento social em idosos.	Revisão Integrativa
O impacto do isolamento social na saúde mental dos idosos durante a pandemia da Covid-19	(PECOITS et al., 2021)	Abordar o impacto das medidas de isolamento social, tomadas para a contenção da pandemia da Covid-19, na saúde mental da população idosa.	Revisão de literatura
Olhares sobre o impacto do isolamento social à saúde mental do Idoso	(MOREIRA; SOUSA, 2021)	Identificar os impactos do isolamento social na saúde mental dos idosos durante a pandemia da COVID-19.	Revisão Integrativa
Efeitos do isolamento social para a saúde de pessoas idosas no contexto da pandemia de Covid-19: um estudo de revisão integrativa	(BEZEIRRA et al., 2021)	Investigar os efeitos do isolamento social para a saúde física e mental em pessoas idosas durante a pandemia de COVID-19.	Revisão Integrativa

Fonte: Autoria Própria, 2023

4. DISCUSSÃO

Com a pandemia da COVID-19, os idosos foram inseridos como grupos de risco, ainda mais quando o idoso é portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma. Tais características fizeram com que os idosos se tornam vulneráveis, sendo mais suscetíveis a obterem um agravamento da doença (BEZERRA et al., 2022).

Os efeitos socioculturais do isolamento, a sensação de separação e seus efeitos na qualidade de vida e as redes de apoio destacam-se como temas centrais. Os riscos de exclusão social, a incorporação da identidade (como grupo de risco), a restrição de

direitos (colisão com princípios fundamentais), o impacto na saúde geral (destacando a falta de medidas preventivas e os riscos de depressão), o impacto na autocuidado, apoio espiritual, apoio familiar e apoio de grupos virtuais foram identificados como unidades de significado (CONARANGO; BULHÕES; SILVA, 2020).

Conarango; Bulhões e Silva (2020) afirmaram a ausência de políticas públicas para integração a saúde da população idosa. O sentimento de impotência foi relato pelos entrevistados de suas pesquisas, este sentimento estava atrelado a dificuldades e abriu espaço para a solidão e quadros de depressão. O isolamento da pandemia da COVID-19 modificou a qualidade de vida desses idosos, ocasionando mudanças no bem-estar geral (físico, psicológico e social) e na manutenção da dignidade.

Em seus resultados, Aydogdu (2020) relatou que o isolamento favoreceu o agravamento de quadros patológicos, e principalmente de quadros que envolvam a saúde mental do público idoso. Aumentando os níveis de ansiedade, crises depressivas e angustias. A desmotivação é um dos principais sintomas apontados pelo distanciamento de membros de família e amigos próximos.

A solidão e índices depressivos altos nos idosos podem fazer com que estes não sintam disposição para se alimentar, além da exposição que estes iriam ter ao se deslocar aos supermercados e adquirir alguma patologia. Outro distanciamento ocasionado pela pandemia aos pacientes idosos, foi quanto a relação destes com a equipe de saúde, incluindo enfermeiros e médicos, agindo diretamente na saúde física e mental destes, gerando ansiedade e preocupações excessivas quanto ao manejo da saúde (AYDOGDU, 2020).

Monteiro et al., (2021) aborda que houve um aumento nos riscos de suicídio devido as medidas restritivas da pandemia com o contato social, principalmente nos grupos de risco. Os idosos tornaram-se vulneráveis a depressão, suicídio e ansiedade devido ao distanciamento social. Além dos transtornos afetivos serem as principais doenças psiquiátricas na população idosa, os tratamentos ficaram escassos, dificultando a promoção a saúde mental para esse público.

Houve também superlotação em casos de atendimento a emergências para tendências suicidas devido ao atendimento a pacientes infectados por Sars-CoV-2. A diminuição da aposentadoria também diminuiu a qualidade de vida de idosos, induzindo a insegurança financeira e ocasionando problemas e efeitos negativos a saúde mental dos idosos (BEZERRA et al., 2022).

Santos et al., (2020) destaca que o isolamento social a logo do tempo pôde despertar sentimentos negativos e gerar impactos na vida dos idosos, sentimentos de angústia severos e medo por estar longe dos familiares podem acontecer.

Outra situação importante a se considerar é quanto aos idosos que residem em casas de repouso. Os espaços geralmente não possuem ambiente adequado para cuidar de casos graves de COVID-19, tais preocupações aumentaram o abandono das famílias com os idosos em casas de repouso.

Idosos que vivem em casas de repousos sofrem mais danos pelo isolamento, além dos que moram sozinhos. O estresse acontece em duas fases, a primeira quanto ao medo de contrair o vírus ou infectar os familiares, perca da rotina diária e apreensão ao sir de casa para comprar suprimentos de vida básicos e dificuldade de uso e acessos aos equipamentos de proteção individual. A segunda fase acontece após o final do isolamento, o final da pandemia atinge a economia, desestabilizando os recursos financeiros da população (SANTOS et al., 2020).

Silva et al., (2020) aponta que com o fim da pandemia causada pela covid-19 será visível os danos psicológicos nos idosos. Esse desgaste mental pode ser igualado a catástrofes causadas pela natureza e guerras, causando tensão, frustação, medo do futuro e episódios de ansiedade.

Outro fato apontado é a diminuição da busca ao acesso a saúde, devido a diminuição do contato com a sociedade, os idosos deram mais importância ao tratamento em casa e compra de medicamentos por conta própria, diminuindo a qualidade de melhora dos processos de saúde. Mesmo com atendimentos on-line, os idosos apresentam maior dificuldade de se adequar a tal mudança (BEZERRA et al., 2022).

Kusumota et al., (2022) abordou o impacto do uso das mídias sociais na solidão devido ao isolamento causado pela pandemia, evidenciando que a mídia social tem efeito de reduzir a solidão e isolamento, favorecendo maior contato dos idosos com amigos e familiares para servir de fonte de apoio, melhorando consideravelmente sua saúde mental.

Entretanto, nem todos os estudos resultaram em efeitos positivos do uso das mídias sociais em idosos como melhora de quadros depressivos, muitas vezes devido à dificuldade ao acesso as mídias digitais, sendo necessário, portanto a formação de uma estratégia para inclusão de digital de pessoas da terceira idade. As vídeo-chamadas foram as mais utilizadas, destaca-se também que os estudos utilizaram programas e interfaces

de computadores mais simples com um sistema operacional auto didático facilitaram a adaptação (KUSUMOTA et al., 2022).

Pecoits et al., (2021) ao analisar os impactos da covid-19 em idosos, notou que a ansiedade foi mais frequente em grupos de idosos de 55 a 64 anos, sendo que em idosos com mais de 70 anos os níveis de ansiedade e medo foram menores. Mudanças negativas no humor e qualidade de vida foram evidenciadas com o isolamento social, além disso, idosos com condições médicas pré-existentes aumentaram o risco de piora no quadro sintomatológico de depressão. Com a diminuição da atividade física com o isolamento, houve o ganho de peso e aumento nas doenças crônicas como hipertensão arterial.

Moreira e Sousa (2021) descreveu que a ansiedade, abuso, violência, negligência, fragilidade, depressão, ausência de atividade física, declínio cognitivo; luto antecipado; sentimento de solidão, raiva, pânico, mudanças no sono, sentimentos negativos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, que a pandemia ocasionou diversos danos e impactos na saúde mental dos idosos. As mudanças nas rotinas, falta de exercício físico, restrição do contato com amigos e familiares levaram os indivíduos da terceira idade a sentirem medo, angustia, raiva, tendências suicidas, solidão, alterações nos padrões do sono, além de agravamento ou surgimento de casos de depressão, ansiedade e estresse.

Mesmo com a rápida adaptação de idosos a novas tecnologias de contato, os que moram sozinhos e em casas de apoio se sentiram constantemente isolados, com medo de serem contaminados e de contaminar seus amigos e familiares.

Estudos que avaliam os impactos mentais e sociais da pandemia da covid-19 na vida da população são indispensável para reconhecer as mudanças que estão acontecendo com a população, e assim, chegar a ideias de intervenções. Estimula-se, portanto, a criação de estudos práticos sobre a adaptação pós-pandemia em idosos, estudando seus hábitos e percepções quanto as sequelas e rastros psicológicos e mentais ocasionados pela pandemia da covid-19.

REFERÊNCIAS

[1] BOTELHO, Louise Lira Roede; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121–136, 2011.

[2] BEZERRA, Thaíse Alves; MOREIRA, Paulo Diniz; DE CARVALHO VIANA, Lia Raquel. Prevalência de insônia em idosos com transtornos mentais. **Anais CIEH,** v. 2, n. 1, 2015.

[3] DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**. v.2, n.4, p.01- 13, 2008.

[4] FIORILLO, Andrea e cols. Efeitos do bloqueio na saúde mental da população em geral durante a pandemia de COVID-19 na Itália: resultados da rede colaborativa COMET. **Psiquiatria Europeia**, v. 63, n. 1, pág. e87, 2020.

[5] FARO, André. COVID-19 e saúde mental: uma emergência do cuidado. **Estudos de psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

[6] LOPES, Ana Lúcia Mendes e FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 2008, v. 17, n. 4, 2009.

[7] SILVA, Paloma Alves dos Santos da et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 639-646, 2018.

[8] SANTINI, Ziggi Ivan; et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. The Lancet. Public Health, 2020.

[9] SANTOS, Genilson Bento; SILVA, Camila Victória Pereira; PACHÚ, Clésia Oliveira. **Impacto da pandemia de COVID-19 na saúde de idosos: uma revisão narrativa**. Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos - Volume 2, 2021.

[10] SIMONETTI, Amauri Braga et al. O que a população sabe sobre SARS-CoV-2/COVID-19: prevalência e fatores associados/What the population knows about SARS-CoV-2/COVID-19: prevalence and associated factors. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 255-271, 2021.

[11] TSAMAKIS, Konstantinos et al. [Comentário] Pandemia de COVID-19 e seu impacto na saúde mental dos profissionais de saúde. **Medicina experimental e terapêutica**, v. 19, n. 6, pág. 3451-3453, 2020.

[12] ZANINI, Rachel Schlindwein. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 220-226, 2010.

Capítulo 3

Humanização do parto: Promovendo a autonomia e o cuidado na assistência

Welman de Sousa Lima
Lílian Natália Ferreira de Lima
Paulo César Alves Paiva
Yatha Anderson Pereira Maciel
Sônia Maria Neri de Araújo
Alírio Sérgio Mareco Batista
Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro
Maria Adenilda da Silva
Maikon Chaves de Oliveira

Resumo: O capítulo aborda a questão da intervenção excessiva no processo de parto, que ao longo das décadas tem gerado sentimento de insegurança para as mulheres. Destaca a importância do parto humanizado, onde a mulher recupera sua autonomia, exigindo uma nova abordagem por parte dos profissionais de saúde. A assistência durante o parto é discutida como uma forma de promover a saúde da mulher e do recém-nascido, com os profissionais de saúde sendo fundamentais para tornar essa abordagem uma realidade. A humanização é destacada como essencial, resgatando o contato humano, o acolhimento e o respeito à parturiente, além da valorização da privacidade e autonomia. Isso tudo contribui para que o momento do parto seja vivenciado de maneira positiva e enriquecedora.

1. INTRODUÇÃO

Há décadas, a excessiva intervenção médica no nascimento cria representações muito fortes acerca de sentimento de insegurança que envolve o trabalho de parto. No parto humanizado, a mulher pode reencontrar sua autonomia, requerendo, portanto, uma nova postura dos profissionais que a assistem (NASCIMENTO, 2012).

A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém -nascido. Os profissionais da equipe de saúde que atendem essa população têm sido apontados como importantes mediadores no trabalho de tornar tal proposta uma realidade (CARALO, 2014).

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, é a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

De acordo com Nascimento (2012) em relação à enfermeira-obstetra, essa profissional tem um papel relevante no que tange à humanização durante o processo de nascimento. Entretanto, denota-se a necessidade de incentivo às enfermeiras obstétricas e aos demais profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente.

Existe comprometimento e responsabilidade dos vários elementos da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, pelo fato de permanecer 24 horas por dia junto da parturiente, na obtenção de verdadeira e eficaz relação de ajuda, em todos os momentos de trabalho de parto (NASCIMENTO, 2012).

O enfermeiro reconhece a relevância da prestação de uma assistência adequada e de qualidade, por isso procura sempre está acolhendo a mulher, proporcionando segurança, reconhecendo fatores que geram estresse, como a dor, criando um ambiente de cuidado e conforto tanto para parturiente como para a família. Dessa forma a enfermagem vem cada vez mais construindo uma história diferenciada, mostrando a sua capacidade, habilidade e influência, aliado a autoconfiança e experiência no processo de parir, preservando sempre as condições físicas, emocionais e os valores da parturiente (PEREIRA et al, 2012).

Aos Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes além das atividades dispostas nesse artigo compete ainda: Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distocia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS; Identificação das distocias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido; Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária; Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta (COFEN, 2016).

Ao Enfermeiro Responsável Técnico do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, incumbe ainda: Gerenciar o Cento de Parto Normal ou Casa de Parto, supervisionar a equipe multiprofissional sob sua responsabilidade; e atuar de forma colaborativa com a equipe multiprofissional e interdisciplinar dos serviços aos quais está vinculada; Submeter ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, regimento interno, manuais de normas e rotinas, protocolos, instrumentos administrativos e afins, elaborados ou atualizados, relacionados à Assistência de Enfermagem à mulher e ao Recém-Nascido no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto; Zelar pelas atividades privativas do enfermeiro obstetra, obstetriz e da equipe de enfermagem, sob sua supervisão, em conformidade com os preceitos éticos e legais da Enfermagem.

Manter atualizado o cadastro dos profissionais responsáveis pela atenção ao parto e nascimento no Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Providenciar junto às Autoridades competentes todos os documentos legais necessários à regularização do funcionamento da Unidade sob sua responsabilidade; Cumprir e fazer cumprir a legislação do exercício profissional de enfermagem e o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem.

2.1 REDE CEGONHA COMO ESTRATÉGIA NO PARTO HUMANIZADO

Segundo a portaria 1459/2011, a Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

E desde 2011 o governo federal vem implementando a Rede Cegonha como forma de complementar o PHPN e, com isso, tem por objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE APUD MARTINELLI et al, 2014).

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a: ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto - "Gestante não peregrina!" e "Vaga sempre para gestantes e bebês!"; realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; acesso ao planejamento reprodutivo. É uma Rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2014).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde a Rede Cegonha é um pacote de ações para garanti r o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmar da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação (BRSIL, 2013).

Segundo Magalhães (2015) entre as ações da Rede Cegonha também está a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), onde a mulher é acompanhada por uma enfermeira obstetra ou obstetriz, num ambiente preparado para que possa exercer as suas escolhas, como se movimentar livremente e ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Outro objetivo do CPN é reduzir cada vez mais a taxa de mortalidade materna e neonatal e as ocorrências de cesarianas desnecessárias na rede pública de saúde. Os Centros de Parto Normal funcionam em conjunto com as maternidades para

humanizar o parto, oferecendo às gestantes um ambiente mais adequado, privativo e um atendimento centrado na mulher e na família.

Segundo o Ministério da Saúde, no contexto da Rede Cegonha, ao permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, o profissional de saúde garante a recepção da usuária com escuta qualificada, que favorece o vínculo e a avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, com articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (BRASIL, 2015).

2.2 AS PRINCIPAIS PRÁTICAS UTILIZADAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Sempre que não houver problemas clínicos, elas devem ser respeitadas: Privacidade para a mãe e seu acompanhante; possibilidade de se movimentar, caminhar, se sentar, o que facilita o parto; possibilidade de se alimentar com líquidos ou alimentos leves; acesso a métodos para alívio da dor durante a evolução do parto, desde massagens até a analgesia; realização da ausculta fetal (ouvir os batimentos cardíacos do bebê) e o controle dos sinais vitais da mãe, além dos outros procedimentos necessários; escolha da melhor posição para o parto; contato imediato do bebê com a pele da sua mãe logo após o nascimento (se ela desejar), colocando-o sobre a sua barriga ou seios, de bruços e coberto de forma seca e aquecida (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015).

Ainda de acordo com o Ministério Público de Pernambuco (2015) o contato pele a pele deve ser garantido tanto no parto normal quanto na cesárea, na primeira hora de vida e antes de qualquer procedimento de rotina, e não significa apenas mostrar o bebê ou encostá-lo rapidamente no rosto da sua mãe. O contato pele a pele verdadeiro acontece quando a criança fica no colo da mãe pela primeira hora de vida, algumas vezes até já se iniciando a amamentação nesse momento. Corte do cordão umbilical apenas quando pararem as pulsações (de 1 a 3 minutos após o nascimento); estímulo da amamentação na primeira hora de vida; realização dos procedimentos de rotina no recém-nascido apenas após a primeira hora de vida (pesar, medir, vacinar etc.); se a mãe for HIV positivo, as regras do cordão umbilical e da amamentação não valem, para evitar a transmissão do vírus para o bebê.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015) práticas demonstram úteis e que devem ser estimuladas são: Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro; Avaliação do risco gestacional durante o pré-

natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde; Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto; Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante; Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem; Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente; Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da Organização Mundial de Saúde.

Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento; Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue; Condições estéreis ao cortar o cordão; Prevenção da hipotermia do bebê; Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno; Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

É essencial que cuidados não farmacológicos de alívio da dor sejam utilizados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Sedo assim, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na realização desses cuidados proporcionando à parturiente alívio da dor, tornando o parto humanizado, fornecendo à mulher oportunidade de ter um olhar positivo deste momento especial que é a chegada do filho (SILVA FMB apud SOUZA, 2015).

A promoção de um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis a ambientes tranquilos, os quais possuam música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos direcionados, utilizando a imaginação para desmistificar o trauma da dor no trabalho de parto. Além da respiração com movimentos de inspiração e expiração suave, acompanhada por relaxamento do corpo; imersão em banheiras ou

duchas aquecidas e até mesmo estar acompanhada por pessoas colaborativas escolhidas pela parturiente para compartilhar esse momento (GALO, RBS *et al*., 2011).

De acordo com Brandão apud Porfírio (2010) em uma abordagem humanizada, é imprescindível que as demandas da mulher sejam valorizadas e respeitadas. Desta forma, o cuidado de enfermagem baseia-se no cuidado cultural congruente, onde há uma intercessão entre o cuidado profissional institucional do enfermeiro e o cuidado popular do indivíduo, o que facilita a tomada de decisão nas ações do cuidado, harmonizando os valores, crenças e visões de mundo das pessoas, visando o seu bem-estar e autonomia.

A posição assumida sem imposições dos profissionais é de livre escolha da mulher que segue os desígnios de seu corpo. Esta posição é a mais confortável e ajuda a progressão do trabalho de parto. Nessa ótica, acredita-se que as mulheres devem ser estimuladas a adotar a posição que lhes traga mais conforto durante o trabalho de parto e também durante o parto (BRANDÃO apud PORFÍRIO, 2010).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial nessa transformação, atuando como facilitadores e mediadores para garantir que a assistência seja prestada de maneira respeitosa, empática e centrada na mulher. A promoção da saúde durante o parto vai além do cuidado físico, incluindo a criação de um ambiente que valoriza a privacidade, respeita as escolhas individuais e estabelece vínculos afetivos entre a equipe de saúde e a parturiente.

A humanização não apenas beneficia a experiência da mulher durante o parto, mas também influencia positivamente a saúde mental e emocional a longo prazo, criando memórias e sentimentos enriquecedores em torno desse momento crucial na vida de uma mulher. Portanto, é essencial continuar a promover a conscientização sobre a importância da humanização do parto, tanto entre os profissionais de saúde quanto entre as gestantes, para que esse processo possa ser vivenciado de forma mais positiva, para todas as mulheres.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. [citado 2015 dez. 12]. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html#ar8

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília (DF); 2000.

[3] CARALO, Ianna Louíze Caires Magalhães. **A participação do enfermeiro no parto humanizado: uma revisão bibliográfica**. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde-FACES.Brasília, 2014. Disponível em: http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5664/1/m1.pdf. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

[4] FILHO *et. al*. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em Saúde**. Interface (Botucatu), vol. 13 supl. 01, Botucatu, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

[5] KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. **Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais**. Revista escola enfermagem - USP, São Paulo, 2013, v.47, n.1, p. 15-21, out. 2013.

[6] MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Especial mês da Mulher: o cuidado humanizado para gestantes na Rede Cegonha**. 2015. Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35239-especial-mes-da-mulher-o-cuidado-humanizado-para-gestantes-na-rede-cegonha. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

[7] MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica conjunta/2016.** Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_conjunta_dab_e_dapes_redecegonha.pdf. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

[8] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série Textos Básicos de Saúde. 4ª ed. 3ª reimp.

Brasília- DF. em:2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf. Acesso em: 12 de agosto de 2016.

[9] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004a.

[10] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004b.

[11] MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos.** Pernambuco, Publicações MPPE; 2015. Disponível em: http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf Acessado em:10 agosto de 2016.

[12] NASCIMENTO, Simone. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. Sweet Journey. A hora do parto.2012. Disponível em: http://www.nahoradoparto.com/2012/03/o-papel-do-enfermeiro-no-parto.html. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

[13] PEREIRA, Adriana L. de Figueiredo *et al*. **Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos**. Revista Eletrônica de Enfermagem.Pg.831-840, 2012. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a11.pdf. Acesso em: 11 agosto de 2016.

[14] SOUZA, Aguiar; SILVA, BSM. **Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto**. Revista Enfermagem. 2015. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11693/10337. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

Capítulo 4

Transformações no parto e a experiência integral

Welman de Sousa Lima
Lílian Natália Ferreira de Lima
Paulo César Alves Paiva
Yatha Anderson Pereira Maciel
Sônia Maria Neri de Araújo
Alírio Sérgio Mareco Batista
Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro
Maria Adenilda da Silva
Maikon Chaves de Oliveira

Resumo: Neste capítulo, a evolução do processo de parto é traçada desde sua ocorrência íntima no ambiente domiciliar, assistido por parteiras de confiança, até a transferência para hospitais após a Segunda Guerra Mundial, devido às altas taxas de mortalidade. A mudança resultou em medicalização e falta de preparo dos profissionais, além da separação das mulheres em enfermarias compartilhadas. Diante disso, a busca por integralidade na assistência surge como resposta, destacando a necessidade de reconhecer a mulher em suas diversas dimensões sociais, culturais e econômicas, além de seu papel reprodutivo. Assim, o capítulo revela não somente a evolução do parto, mas também as transformações na percepção da mulher em relação à sua própria saúde e cuidado.

Palavras-chave: Evolução do parto, Assistência ao parto, integralidade na saúde da mulher.

1. INTRODUÇÃO

A trajetória do processo de parto ao longo do tempo é um reflexo das mudanças sociais, culturais e médicas que têm moldado a experiência única e profunda da maternidade. Desde suas origens como um evento íntimo no ambiente domiciliar, assistido por parteiras confiáveis, até sua migração para o ambiente hospitalar devido a preocupações com mortalidade materno-infantil, o parto tem testemunhado uma jornada de transformações significativas.

Nesta introdução, exploraremos essa evolução, examinando como as mudanças históricas impactaram não apenas a abordagem física do parto, mas também as percepções e necessidades das mulheres em relação a essa experiência crucial. Além disso, abordaremos como a busca contemporânea pela integralidade na assistência ao parto reflete uma mudança fundamental em direção ao reconhecimento da mulher em todas as suas dimensões, reivindicando seu direito a um processo de parto respeitoso, empático e verdadeiramente holístico.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa é bibliográfica de caráter exploratório e com abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica é feita com base em documentos já elaborados, tais como livros, dicionários enciclopédias, periódicos como jornais e revistas, além de publicações, como comunicação e artigos científicos, resenha e ensaios críticos (SANTOS, 2015).

Segundo Santos (2015), a pesquisa exploratória se caracteriza pela existência de poucos dados disponíveis. Tem por objetivo aprofundar e aperfeiçoar ideias e a construção de hipóteses.

A pesquisa qualitativa está mais relacionada no levantamento de dados sobre as motivações de um grupo, em compreender e interpretar determinados comportamentos, a opinião e as expectativas dos indivíduos de uma população (PHD, 2015).

Realizou-se está pesquisa em bancos de dados (TCC, Monografias, Dissertações e Teses) das universidades que possuem esse acesso via online, assim como aqueles disponíveis nas bases bibliográficas Scielo, Bireme e através de cadernos, cartilhas manuais e informes do Ministério da Saúde do Brasil, que possuam conteúdos que contemplem o tema da evolução da assistência ao parto no Brasil.

A amostra constituiu-se de artigos científicos, livros, documentos, manuais, informes, apresentações e aulas expositivas afins ao tema, que estavam disponíveis via online e de forma gratuita nos navegadores.

Posteriormente, foi realizada a leitura cuidadosa do material selecionado extraindo conceitos abordados e de interesse de acordo com o objeto de estudo. Em seguida, as publicações que atenderam o objetivo proposto foram revisadas novamente com o objetivo de obter informações sobre o título do trabalho.

Para a coleta de dados foi realizada uma leitura exploratória de todo material selecionado referente ao tema para verificar se a obra consultada era relevante para o trabalho. Fez-se ainda leitura seletiva para seleção das partes que importam e ainda registrou-se as informações extraídas das fontes com nome dos autores, título e ano. Foi utilizado textos relevantes ao tema, os critérios de inclusão foram conteúdos relacionados ao tema produzidos do ano de 1997 à 2016, escritos em português, voltados para o Brasil. Os descritores em saúde utilizados para coleta de dados foram: mudanças, assistência e parto.

Nesta etapa foi realizada uma leitura analítica onde foram ordenadas e sumariadas as informações contidas nas fontes pesquisadas, de forma que facilitou o uso das informações que responderam a problemática da pesquisa. Assim como se observou a coerência e as diferenças de pensamentos e críticas relacionadas ao tema.

Todo contexto escrito preza por produzir um resultado em coerente com cada etapa. Os dados coletados foram processados nos programas Microsoft Word 2010, e Microsoft PowerPoint 2010 em pontos de discussão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados artigos científicos, livros, documentos, manuais informes, apresentações e aulas expositivas afins ao tema, estes estavam disponíveis via online e gratuita nos navegadores.

Destes foram identificados 55 publicações entre artigos de periódicos, dissertações, monografias e manuais, dos quais foram selecionados 32 que respondem aos objetivos da pesquisa.

Posteriormente, foi realizada a leitura cuidadosa do material selecionado extraindo conceitos abordados e de interesse de acordo com o objeto de estudo. Em seguida, as publicações que atenderam o objetivo proposto foram revisadas novamente com o intuito de obter informações sobre o título do trabalho.

Diante dos artigos pesquisados, foi aberta a discussão baseada em autores que contemplavam a presente pesquisa, dessa forma foram pontuadas e discutidas de forma que venham a responder os objetivos da pesquisa a seguir:

Percebe-se que o processo evolutivo teve um grande sobressalto após a Segunda Guerra Mundial como demonstram os autores citados abaixo, pois antecedendo a este marco histórico a maioria das mulheres tinham os seus filhos dentro de seus lares, onde estas eram acompanhas e assistidas por parteiras que muitas vezes tinham um vínculo com a respectiva família e somente após este marco histórico que foi a Segunda Guerra Mundial que as mulheres passaram a buscar as entidades hospitalares para efetuar o parto, porém é notório que nesse processo evolutivo houve grandes perdas, dentre elas estão à perda do controle e domínio da mulher em relação ao seu próprio corpo, pois com a institucionalização do parto a prioridade não era da mulher e sim da equipe de saúde, que escolhiam o tipo de parto, os procedimentos a serem realizados, escolhiam o que a mulher poderia fazer usar e até mesmo sentir. Outro ponto negativo foi a perda do ambiente caloroso e a companhia da família e entes queridos que estavam presentes no seio familiar, pois o ambiente hospitalar é totalmente díspar, por ser um ambiente frio, cheio de normas e regras a serem seguidas, enfim, um ambiente estranho as mulheres que no momento do parto estão extremamente fragilizadas.

O parto é considerado um marco na vida da mulher, carregado de significados construído e reconstruídos, a partir da singularidade e cultura da parturiente que transforma a vida da mulher. Esse processo é um evento histórico no qual a arte de parir ocorria no domicílio da mulher que geralmente era acompanhada por uma parteira de sua confiança. Nesse cenário, a mulher expressava livremente seus sentimentos e anseios em um ambiente caloroso no seio familiar (DIAS MAB, 2005 apud MATOS et al., 2013).

Após a Segunda Guerra Mundial surgiu à necessidade de realizar o parto em hospitais devido às altas taxas de mortalidade materno-infantil, deixando assim, de ser realizado no domicilio da parturiente. Nestes hospitais, além destas mulheres passarem pela medicalização eram obrigadas a dividir as enfermarias com outras gestantes, pois

além a falta e preparo dos profissionais a estrutura física deixava muito a desejar (BRUGGERMANN et al., 2005).

Os autores contidos na pesquisa nos permitiu observar e entender o processo evolutivo, avanços e os pontos negativos das mudanças ocorridas ao longo dos anos, sendo que o Ministério de Saúde, 2004, aponta que após a institucionalização e medicalização do parto foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), sua principal função era a de suprir as necessidades relativas à gravidez e parto, e via a mulher somente na sua função reprodutiva e social, era separado dos demais programas e não atendia as necessidades da população feminina. Com isso, as mulheres reivindicaram os seus direitos, que deveriam ir além destas duas fases de suas vidas, queriam também ações que atendessem as mulheres de diferentes classes sociais, afetivas, culturais e econômicas, atendendo-as na sua integralidade.

Visando a melhoria do suprimento das necessidades das mulheres e da assistência ofertadas a estas, foi criado o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento, como forma de promover a humanização durante as fases da gravidez, parto e a fase puerperal garantindo assim a melhoria da assistência prestada a mulher e ao recém-nascido.

De acordo com autores citados neste trabalho apesar das melhorias e otimização ocorridas até o momento, ainda há pontos negativos como a não incorporação das políticas públicas pelos profissionais da saúde desde a Atenção Básica ao ambiente hospitalar, sendo que a Atenção Básica deixa de instruir estas mulheres durante as consultas de pré-natal sobre os seus direitos que são preconizados pela Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, Rede Cegonha, Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Já no âmbito hospitalar os profissionais deveriam realmente efetivar as políticas públicas voltadas para a mãe e para o bebê no processo pré, trans e pós-parto. Não podemos deixar de mencionar que as estruturas físicas deixam muito a desejar e contribuem negativamente para a efetuação da humanização e demais políticas voltadas para essa clientela específica.

Andrade, 2009 diz ainda que as dificuldades estruturais, a falta de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade suficientes para a prestação de um cuidado adequado e a imprevisibilidade desses recursos, dificultam o planejamento e a execução das ações de assistência à saúde.

Corroborando com os autores acima Bertocini, 2011 afirma que no que se refere ao aspecto humano do trabalho, salienta-se que, para os profissionais de saúde, a precarização do trabalho acarreta sobrecarga física e psíquica, desvio de função e um atendimento precário e desumanizado.

As principais formas de desumanização da assistência ao parto mais comumente encontradas são aquelas que ferem os direitos da mulher, como: direito a integridade corporal de maneira que a mulher não sofá danos evitáveis; o direito a condição de pessoa que lhe garante a escolha informada sobre os procedimentos; o direito de estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante que é a prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos; o direito a equidade que é garantido pelo SUS.

Pode-se observar que o termo desumanização tem muitas semelhanças com outro termo cada vez mais utilizado nos dias atuais que é a violência obstétrica. De acordo com o Ministério Público de Pernambuco, 2015 a violência obstétrica é a violência cometida contra a gestante e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto e abortamento.

Uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência no parto segundo pesquisa realizada por Venturi *et al*, em 2010, pela Fundação Perseu Abramo: "*Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado*". O conceito internacional de violência no parto define qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

Segundo o Ministério Público de Pernambuco (2015) estes são alguns exemplos de violência obstétrica: Impedir que a mulher tenha um acompanhante, exigir que este acompanhante seja uma mulher ou restringir os horários de acompanhamento. Condicionar a presença do acompanhante à autorização do médico plantonista ou utilizar frases como "*essa lei não vale aqui*". Não dar informações claras sobre o estado de saúde da mulher, realizar procedimentos sem explicar ou ouvir sua opinião. Não oferecer opções para alívio da dor. Impedir que a mulher se movimente, beba água ou coma alimentos leves durante o trabalho de parto. Deixar a mulher sozinha, isolada ou trancada. Realizar exames de toque vaginal repetidas vezes, sob o pretexto de *"ensinar os estudantes a realizar o toque"*. Fazer piadas, dar broncas, xingar ou impedir que a mulher se expresse durante o trabalho de parto. Frases como: *"Na hora de fazer tava bom, porque tá chorando agora?"*; *"Cale a boca, você quer que a criança nasça surda?"*

Diante da afirmativa do autor acima se confirma que a violência obstétrica ainda é um acontecimento frequente nos ambientes de saúde, principalmente nas instituições onde são realizados partos. O corpo da mulher foi criado de forma que ela pudesse gerar e colocar novos seres humanos no mundo, não é uma doença e sim um ato divino. É direito da mulher ter uma assistência que lhe garanta a integridade de seu corpo e mente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização deste estudo bibliográfico pode-se verificar que a assistência ao parto passou por muitas mudanças significativas ao longo dos anos, pois antes o parto era realizado na residência da parturiente com o auxílio de uma parteira ou mulher mais velha e experiente, que geralmente fazia parte do círculo de amizade da mulher, próximo a seus entes queridos. Neste ambiente familiar e aconchegante a mulher se sentia a vontade para expressar seus sentimentos e desejos.

Com o alto índice de mortalidade materna e infantil, surgiu a necessidade das gestantes terem seus filhos em instituições hospitalares surgindo, assim, a institucionalização e medicalização do parto, onde a parturiente deixou de ser a protagonista deste ato no qual o médico e auxiliares tomam este papel para si.

O parto humanizado é um termo que se repete ao longo desta pesquisa, pois é o que todas essas políticas, programas, diretrizes, boa parte dos profissionais da saúde e também a sociedade em geral vem buscando e desejando. O ato de gerar e parir um filho é um espetáculo da vida e somente as mulheres têm essa capacidade. É um acontecimento único e deve ser lembrado com alegria, satisfação e realização, porém não é o que acontece para a maioria das mulheres que passam pelo processo do parto tanto em instituições públicas quanto privadas, onde estas se sentem tratadas de forma desumana, sentem-se humilhadas, desrespeitadas, manipuladas e muitas vezes violentadas pela equipe de saúde.

Faz-se necessário também que as instituições realizem capacitações e reciclagem com os profissionais da saúde desde a porta de entrada em todos os estabelecimentos.

REFERÊNCIAS

[1] ANDRADE LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EP**. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante**. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009;11(1):151-7. Consultada.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. [citado 2015 dez. 12]. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html#ar8

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília (DF); 2000.

[4] FILHO *et. al*. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em Saúde**. Interface (Botucatu), vol. 13 supl. 01, Botucatu, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

[5] MATOS, Greice Carvalho de, *et al.* **A Trajetória Histórica Das Políticas De Atenção Ao Parto No Brasil: Uma Revisão Integrativa.** Revista da Universidade Federal de Pernambuco On Line, Recife, 7(esp): 870-8, março de 2013. Disponível: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../5741

[6] MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Especial mês da Mulher: o cuidado humanizado para gestantes na Rede Cegonha**. 2015. Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35239-especial-mes-da-mulher-o-cuidado-humanizado-para-gestantes-na-rede-cegonha. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

[7] MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica conjunta/2016.** Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_conjunta_dab_e_dapes_redecegonha.pdf. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

[8] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série Textos Básicos de Saúde. 4ª ed. 3ª reimp. Brasília- DF. em:2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf. Acesso em: 12 de

agosto de 2016.

[9] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004a.

[10] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004b.

[11] MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos.** Pernambuco, Publicações MPPE; 2015. Disponível em: http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf Acessado em:10 agosto de 2016.

[12] NASCIMENTO, Simone. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. Sweet Journey. A hora do parto.2012. Disponível em: http://www.nahoradoparto.com/2012/03/o-papel-do-enfermeiro-no-parto.html. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

[13] PHD, Instituto. **Pesquisa Quantitativa e Pesquisa Qualitativa: entenda a diferença[atualizado]**. Blog Instituto PHD, 2015. Disponível em: http://www.institutophd.com.br/blog/pesquisa-quantitativa-e-pesquisa-qualitativa-entenda-a-diferenca/. Acesso em: 23 de novembro de 2016.

[14] SANTOS, Izequias Estevam dos. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. Niterói, RJ: Impetus, 2015. Pg. 236; 181.

[15] VENTURI, W, Bokany V, Dias G, Alba D, Rosas W, Figueiredo N. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC [Internet]. 2010 [citado 2013 mar 21]. Disponível em:http://novo.fpabramo.org.br/ sites/ default/ files/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 02 setembro de 2016.

Capítulo 5

Uma análise da evolução, avanços e desafios na assistência ao parto

Welman de Sousa Lima
Lílian Natália Ferreira de Lima
Paulo César Alves Paiva
Yatha Anderson Pereira Maciel
Sônia Maria Neri de Araújo
Alírio Sérgio Mareco Batista
Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro
Maria Adenilda da Silva
Maikon Chaves de Oliveira

Resumo: Neste capítulo, exploramos a transformação da assistência ao parto ao longo do tempo, abordando tanto os progressos alcançados quanto os desafios que persistem. Ao analisar as inovações e políticas públicas que impactaram a qualidade do atendimento durante o parto, é possível perceber melhorias significativas. No entanto, também é discutida a contínua falta de humanização, evidenciada por problemas como a precarização do trabalho dos profissionais de saúde e a infraestrutura insuficiente. Buscamos compreender a evolução histórica, identificar os aspectos desumanizados, compreender as dificuldades enfrentadas e listar políticas públicas relevantes. O capítulo destaca a importância de enfrentar esses desafios de forma a promover um cuidado ao parto mais compassivo e abrangente, refletindo assim a busca constante por uma assistência mais humanizada e completa.

Palavras-chave: Assistência ao parto, políticas públicas, humanização.

1. INTRODUÇÃO

A trajetória da assistência ao parto tem sido marcada por avanços significativos ao longo dos anos, impulsionados por inovações e políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade desse processo fundamental. No entanto, é evidente que apesar desses progressos, ainda há desafios substanciais a serem superados.

As inovações não apenas refletem mudanças nas abordagens clínicas, mas também representam a construção de políticas públicas inovadoras, que buscam proporcionar um atendimento aprimorado em todas as etapas do parto. Ainda assim, a implementação efetiva dessas políticas enfrenta obstáculos, resultando em lacunas na assistência às parturientes. Tanto o acolhimento inadequado quanto os serviços prestados insatisfatoriamente por profissionais de saúde indicam a necessidade de aprimorar tanto a dimensão humana quanto as estruturas e logísticas que sustentam o sistema.

O pensamento expresso por Bertucini (2011) ressalta que a precarização do trabalho na área da saúde pode levar a sobrecarga física e mental, desvio de função e, consequentemente, a um atendimento deficiente e desprovido de humanização. Nesse contexto, os objetivos específicos deste estudo adquirem uma relevância crucial. O reconhecimento da evolução histórica do atendimento ao parto dentro do território nacional é fundamental para contextualizar as mudanças ocorridas ao longo do tempo. Identificar as principais formas de desumanização na assistência ao parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) permite destacar áreas que precisam ser aprimoradas para garantir um cuidado mais empático e digno.

A compreensão das dificuldades enfrentadas durante a evolução do processo de assistência ao parto contribui para uma análise completa das transformações ocorridas, enquanto o elenco das políticas públicas direcionadas à melhoria da qualidade da assistência ao parto aponta caminhos para ações futuras visando a um atendimento mais abrangente e humano.

2. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA INFLUÊNCIA NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

A violência Obstétrica é a violência cometida contra a gestante e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto ou abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica e até sexual. Infelizmente, é mais comum do que se imagina (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015).

Uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência no parto segundo pesquisa realizada por Venturi et al, em 2010, pela Fundação Perseu Abramo: “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”. O conceito internacional de violência no parto define qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

A integridade corporal das mulheres e seu bem estar emocional parecem não ser desfechos relevantes para a saúde pública das mães; ainda são escassas as investigações nacionais sobre a satisfação da mulher com a experiência de dar à luz. Em outra medida e perspectiva, o desrespeito e abuso cometido por parte dos profissionais de saúde contra as mulheres na gestação e no parto, foi também comprovado pelo Teste da Violência Obstétrica, respondido por quase duas mil mulheres nos meses de março e abril de 2012, em que metade delas se disse insatisfeita com a qualidade do cuidado médico e hospitalar recebido para o nascimento de um filho (DIP, 2013).

Segundo o Ministério Público de Pernambuco (2015) estes são alguns exemplos de violência obstétrica: Impedir que a mulher tenha um acompanhante, exigir que este acompanhante seja uma mulher ou restringir os horários de acompanhamento. Condicionar a presença do acompanhante à autorização do médico plantonista ou utilizar frases como “essa lei não vale aqui”. Não dar informações claras sobre o estado de saúde da mulher, realizar procedimentos sem explicar ou ouvir sua opinião. Não oferecer opções para alívio da dor. Impedir que a mulher se movimente, beba água ou coma alimentos leves durante o trabalho de parto. Deixar a mulher sozinha, isolada ou trancada.

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde publicou “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Nesse documento, a OMS condena a violência obstétrica e afirma que várias dessas práticas eram efetivamente consideradas normais até o fim do século XX e, portanto, seriam toleradas socialmente. No entanto, o contexto social é outro e já não estamos mais no século XX. O empoderamento feminino e a mudança da mentalidade social sobre o tema – ainda que pequena e lenta – vem promovendo debates sobre o assunto (GUTH, 2008).

Praticar o desrespeito e abuso durante o pré-natal e parto são violações dos direitos humanos básicos das mulheres. Todos esses direitos são baseados em instrumentos de direitos humanos internacionalmente estabelecidos, incluindo: Declaração Universal dos Direitos Humanos; Declaração Universal sobre Bioética e

Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Pacto Internacional Sobre Direitos Civis e Político; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres; Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção da Morbimortalidade Materna e Direitos Humanos; Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres, Pequim 1994 (FRENKEL, 2013).

A questão da violência obstétrica é uma realidade preocupante que afeta a experiência de parto das mulheres em diversas partes do mundo. Manifestada por meio de práticas desrespeitosas, abusos e negligências, a violência obstétrica viola os direitos humanos fundamentais das mulheres durante o pré-natal e o parto. Exemplos incluem restrições à presença de acompanhantes, recusa de informações claras sobre a saúde da mulher, realização de procedimentos sem explicação ou consentimento, restrição de movimentos e privação de necessidades básicas como água e comida.

É notável que práticas como essas eram consideradas normais até recentemente, refletindo uma mentalidade que, por muito tempo, não reconheceu a importância dos direitos e do bem-estar das mulheres durante o parto. No entanto, essa perspectiva está mudando à medida que a sociedade evolui. O empoderamento feminino e a conscientização sobre os direitos das mulheres têm promovido debates e ações em prol da eliminação da violência obstétrica. A publicação de diretrizes pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014, condenando essas práticas, foi um marco importante nesse sentido.

A violência obstétrica é uma violação de direitos humanos básicos e está fundamentada em tratados e convenções internacionais, que garantem o respeito e a dignidade das mulheres. Reconhecer e combater a violência obstétrica é essencial não apenas para garantir um parto seguro e respeitoso, mas também para promover a igualdade de gênero e a saúde materna. Portanto, é fundamental que profissionais de saúde, sistemas de saúde e sociedade como um todo estejam comprometidos em eliminar essa prática prejudicial e assegurar uma experiência de parto digna, respeitosa e livre de violência.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, os aspectos emocionais e a integridade corporal das mulheres durante a experiência de dar à luz têm sido subestimados como desfechos importantes na saúde materna, demonstrando uma lacuna preocupante na atenção à saúde pública. A falta de investigações nacionais sobre a satisfação das mulheres com o processo de parto destaca a necessidade de priorizar seus sentimentos e bem-estar. Além disso, a violência obstétrica não pode ser ignorada, como evidenciado pelo Teste da Violência Obstétrica e pelos exemplos de práticas desrespeitosas e abusivas descritas. Ações como impedir a presença de um acompanhante, restringir a movimentação da mulher e não oferecer opções de alívio da dor são inaceitáveis e contradizem os princípios básicos de cuidado e respeito.

A publicação da Organização Mundial da Saúde em 2014 foi um marco na condenação dessas práticas e no reconhecimento de que a mudança social e o empoderamento feminino estão moldando um novo contexto. A evolução da mentalidade sobre a violência obstétrica demonstra uma progressiva conscientização sobre a necessidade de garantir o tratamento digno e compassivo durante o parto. Portanto, é crucial que o sistema de saúde, os profissionais médicos e as políticas públicas trabalhem em conjunto para eliminar a violência obstétrica, promovendo uma experiência de parto respeitosa, empática e centrada na mulher. A saúde materna não deve ser avaliada apenas pela sobrevivência física, mas também pelo bem-estar emocional e integridade das mulheres durante todo o processo de dar à luz.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. [citado 2015 dez. 12]. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html#ar8

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília (DF); 2000.

[3] DIP A. **Na hora de fazer não gritou**. Agência de Reportagem e Jornalismo Investigativo [Internet]. 2012 [citado 2013 mar 25]. Disponível em: http://

www.apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazernao-gritou/. Acesso em: 10 agosto de 2016.

[4] FILHO *et. al*. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em Saúde**. Interface (Botucatu), vol. 13 supl. 01, Botucatu, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

[5] FRENKEL LA, Stinger G, Gray A. A guide for advocating for respectful maternity care.the white ribbon alliance [Internet]. 2013 [cited 2013 Sept 30]. Available from: http://whiteribbonalliance. org/wp-content/uploads/2013/10/RMC-Guide_ FINAL.pdf7.

[6] GUTH, Flávia. **Violência obstétrica e desumanização do parto no Brasil**. Metropoles. Pensar direito. 2016. Disponível em: http://www.metropoles.com/colunas-blogs/pensar-direito/violencia-obstetrica-e-desumanizacao-do-parto-no-brasil. Acesso em: 20 de setembro.

[7] MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Especial mês da Mulher: o cuidado humanizado para gestantes na Rede Cegonha**. 2015. Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35239-especial-mes-da-mulher-o-cuidado-humanizado-para-gestantes-na-rede-cegonha. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

[8] MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica conjunta/2016.** Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_conjunta_dab_e_dapes_redecegonha.pdf. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

[9] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série Textos Básicos de Saúde. 4ª ed. 3ª reimp. Brasília- DF. em:2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf. Acesso em: 12 de agosto de 2016.

[10] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004a.

[11] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004b.

[12] MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos.** Pernambuco, Publicações MPPE; 2015. Disponível em: http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf Acessado em:10 agosto de 2016.

[13] NASCIMENTO, Simone. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. Sweet Journey. A hora do parto.2012. Disponível em: http://www.nahoradoparto.com/2012/03/o-papel-do-enfermeiro-no-parto.html. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

Capítulo 6

Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil

Welman de Sousa Lima
Lílian Natália Ferreira de Lima
Paulo César Alves Paiva
Yatha Anderson Pereira Maciel
Sônia Maria Neri de Araújo
Alírio Sérgio Mareco Batista
Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro
Maria Adenilda da Silva
Maikon Chaves de Oliveira

Resumo: O objetivo deste capítulo consistiu em identificar as principais manifestações de desumanização presentes na assistência ao parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como reconhecer os desafios predominantes no decorrer da evolução desse processo. Adicionalmente, buscou-se listar as políticas públicas direcionadas à aprimorar a qualidade da assistência no contexto do parto. Para alcançar esses objetivos, uma pesquisa foi conduzida em fontes acadêmicas, como trabalhos de conclusão de curso (TCC), monografias, dissertações e teses disponíveis em universidades com acesso online, além de referências disponíveis nas bases bibliográficas Scielo e Bireme. Também foram utilizados materiais como cadernos, cartilhas, manuais e informações do Ministério da Saúde do Brasil, desde que abordassem o tema da evolução da assistência ao parto no país. A coleta de dados envolveu uma exploração minuciosa de todo material selecionado para verificar sua relevância ao escopo do trabalho. Entre 55 publicações identificadas, incluindo artigos de periódicos, dissertações, monografias e manuais, foram escolhidas 32 que estavam alinhadas com os objetivos da pesquisa. A análise bibliográfica revelou que a assistência ao parto passou por transformações substanciais ao longo do tempo. Inicialmente, o parto ocorria no ambiente domiciliar com a assistência de parteiras experientes ou mulheres mais velhas. No entanto, devido às elevadas taxas de mortalidade materno-infantil, houve a necessidade de transferir o parto para instituições hospitalares, resultando na institucionalização e medicalização do processo.

Palavras-chave: Mudanças. Assistência. Parto.

1. INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos a assistência ao parto passou por muitas mudanças. Antes as mulheres tinham seus filhos em casa no seio familiar e eram assistidas por parteiras, com o surgimento da institucionalização, da medicalização e principalmente com o avanço da medicina, essas mulheres passaram a dar a luz em hospitais, onde tinham que seguir normas e rotinas, onde a mulher era afastada de seu lar, entes queridos, seus pertences e ainda perdiam a autonomia de seu próprio corpo, não tendo muitas vezes voz nas tomadas de decisões.

Nos dias atuais com a criação de políticas públicas que visam humanizar o parto e nascimento durante a assistência prestada as gestantes procura-se tornar o momento do parto algo mais natural, humano e agradável para a mãe, seu bebê e familiares.

Está pesquisa tem por tema a evolução da assistência ao parto, com a problemática: houve mudanças positivas na assistência ao parto? O objeto desta pesquisa e a evolução da assistência ao parto.

Esta torna se relevante para conhecer as mudanças que ocorreram na assistência ao parto e identificar seus pontos positivos e negativos. Através do reconhecimento destes fatores será possível traçar metas que venham a estimular a aplicação das Políticas Públicas de Humanização para que assim venha a melhorar a qualidade da assistência ao parto.

2.1 HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

O parto é considerado um marco na vida da mulher, carregado de significados construídos e reconstruídos, a partir da singularidade e cultura da parturiente que transforma o dia-a-dia da mulher. Esse processo remonta ao tempo no qual a arte de parir ocorria no domicílio da mulher, que geralmente era acompanhada por uma parteira de sua confiança. Nesse cenário, a mulher expressava livremente seus sentimentos e anseios em um ambiente caloroso no seio familiar (DIAS MAB, 2005 apud MATOS et al., 2013).

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano, mais especificamente o sofrimento de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica,

descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que poderia aliviar se os riscos e dores do parto (DINIZ, 1997).

Nestes hospitais, além destas mulheres passarem pela medicalização eram obrigadas a dividir as enfermarias com outras gestantes, pois além a falta e preparo dos profissionais a estrutura física deixava muito a desejar (BRUGGERMANN et al., 2005).

De 1974 a 1978 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI) que tinha como objetivo suprir as necessidades relativas a gravidez e ao parto, este programa via a mulher somente na sua função biológica e social. Era um programa isolado dos demais e não tinha articulação com as ações do governo. Suas metas eram gerais e não de acordo com a necessidade da população feminina, o que provocou a fragmentação da assistência (BRASIL, 2004).

Com isso as mulheres se organizaram para reivindicar sua condição de sujeito de direito, que deveriam ir além da gestação e do parto, pois necessitavam de melhores condições de saúde em todas as fases de suas vidas, exigiram também ações que atendessem também as diferentes populações que possuíam variadas condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, de forma que atendessem a mulher e forma integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2000) foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que tem por objetivo promover a humanização na gravidez, parto e puerpério, de forma que venha garantir uma melhor qualidade na assistência do pré-natal, parto, puerpério e ao recém- nascido.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), a fim de consolidar para a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, o Ministério da Saúde instituiu, também, a Rede Cegonha.

Diniz (2005) relata que nos dias atuais, no Brasil, os procedimentos realizados incluem a epsiotomia e em hospitais escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Sendo este tipo de rotina predominante no SUS atualmente. Poe esta razão aquelas mulheres com poder aquisitivo maior optam por uma cesárea, para não passarem por essa cascata de procedimentos, muitas vezes humilhantes e desnecessárias.

2.2 OS AVANÇOS COM A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO SUS

Segundo a Fiocruz (2013) a humanização é descrita, no campo da saúde, como uma aposta ético-estético-política. É uma aposta ética porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis. É estética porque se refere ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. E é política porque está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

E de acordo com o Ministério da Saúde com base nesta concepção, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a Política Nacional de Humanização, atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS. Sua criação se deve à necessidade de avanço e qualificação do sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Para se efetivar a humanização é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde (FIOCRUZ, 2013).

O Ministério da Saúde diz ainda que como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, 2004).

O HumanizaSUS, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o

"motor" de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde (BRASIL, 2014).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2014).

As diretrizes da PNH são suas orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras. Os dispositivos, por sua vez, atualizam essas diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinadas à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem na contramão do que preconiza o SUS. Entre os dispositivos propostos pela PNH, estão: acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor, visita aberta e direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), projetos cogeridos de ambiência. A implantação desses dispositivos se efetiva caso a caso, considerando-se a especificidade dos serviços, partindo sempre da análise dos processos de trabalho, processos que nunca se repetem. A PNH traz, em seu escopo, a articulação de um conjunto de referenciais e instrumentos, operando com eles para disparar processos (FILHO *et al.,*2009).

Segundo Pasche *et al.* (2011) a Política de Humanização se apresenta como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades. Todavia, é necessário que se avance e se amplie o senso de cidadania do povo brasileiro, que em muitas situações resigna-se aos maus tratos e ao desrespeito. Saúde digna é direito e compromisso do usuário e dever do Estado, que deve garantir a oferta de atenção de acordo com as necessidades de saúde da população. Mas a amplitude desta missão não pode ser alcançada sem a mobilização das forças sociais que se agenciam para além do Estado.

Uma aposta nesse sentido é que a PNH sirva como estratégia de mobilização social, mas não apenas de denúncia e de reivindicação de direitos, mas de afirmação de um modo de construção de alternativas de enfrentamento dos desafios que a saúde tem pela frente e que considera as diferenças e singularidades. Um modo de fazer que põe sujeitos em contato para se afetarem mutuamente, para produzirem acordos que nos transformem a cada dia em uma sociedade mais justa e fraterna (PASCHE *et al.* 2011).

2.2.1 PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

De acordo com o Ministério Público de Pernambuco (2015) a humanização do parto é o respeito à mulher como pessoa única, em um momento da sua vida que necessita de atenção e cuidado. É o respeito, também à família em formação e ao bebê, que tem direito a um nascimento sadio e harmonioso.

Ainda segundo o Ministério Público de Pernambuco (2015), Humanizar é acreditar que o parto normal é fisiológico e que na maioria das vezes não precisa de qualquer intervenção; Saber que a mulher é capaz de conduzir o processo e que ela é a protagonista desse evento; Conversar, informar a mulher sobre os procedimentos e pedir sua autorização para realiza-los; Garantir e incentivar a presença a todo momento de um acompanhante escolhido pela mulher, para lhe passar segurança e tranquilidade; Promover um ambiente acolhedor; Respeitar cada mulher na sua individualidade, levando em consideração seu medos e suas necessidades; Oferecer à mulher as melhores condições e recursos disponíveis, para que se sinta acolhida e segura nesse momento tão especial; Prestar assistência ao parto e ao nascimento seguindo as evidencias cientificas e os mais altos padrões de qualidade, de acordo com as Normas Técnicas e recomendações do Ministério da Saúde.

Dentro deste contexto Santos e Araújo (2016) apontam que a política de humanização da assistência ao pré-natal, parto e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde preconiza ações que deve garantir à mulher os benefícios dos avanços científicos, e fundamentalmente, permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no processo parturitivo, garantindo a privacidade, o fácil acesso a consultas e aos exames, a informação e, procedimentos comprovadamente benéficos. Evitando-se intervenções desnecessárias, compartilhando com a gestante as decisões sobre condutas a serem adotadas e estabelecendo relações baseadas em

princípios éticos, sociais e profissionais. O Ministério da Saúde com o intuito de humanizar a assistência instituiu O programa de Humanização ao pré-natal e nascimento (PHPN), a partir de leis e portarias.

A fundamentação da medida ministerial, na instituição das portarias do PHPN, pretende ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Desse modo, na cartilha de apresentação do PHPN, a humanização da assistência é ratificada como a principal estratégia, seguida da apresentação dos aspectos conceituais sobre humanização: "a principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos" (SERRUYA et al, 2004).

De acordo com Santos e Araújo (2016), acreditam que o conjunto das medidas de humanização ao pré-natal e parto, tornar-se-á efetivo quando, somados a elas, os profissionais de saúde transformar sua prática na direção de uma relação mais humanizada e segura. O parto precisa ser resgatado como o momento do nascimento, respeitando todos os seus significados devolvendo à mulher o seu direito de ser mãe com humanidade e segurança.

A aposta realizada pela PNH é a de que, para fomentar ações integrais em saúde, é preciso pensar meios para conferir materialidade às diretrizes da cogestão, do acolhimento, da clínica ampliada e da valorização do trabalho e do (a) trabalhador (a) em saúde, na medida em que ações integrais se referem a efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Confirmando esta opinião, o Ministério Público de Pernambuco (2015) diz que de acordo com a Pesquisa Nascer no Brasil revelou que muitas mulheres não vêm tendo seus direitos respeitados no momento do parto. Muitas até os desconhecem, dificultando a identificação de situações de violação. O resultado da pesquisa é um retrato da assistência ao parto praticada atualmente no Brasil e da necessidade de um esforço conjunto para mudar essa realidade: 70% das mulheres desejavam dar à luz por parto normal no início da gravidez; 91,7% dos partos normais foram na posição deitada (litotomia); Apenas 26,6% dos bebês tiveram contato pele a pele com a mãe logo ao nascer; 88% dos nascimentos na rede privada são por cesariana; Apenas 18,7% das mulheres tiveram garantida a presença contínua de um acompanhante de sua escolha; 53,5% das mulheres sofreram episiotomia; Apenas 5% das mulheres tiveram partos sem intervenções como cesariana, episiotomia, manobra de Kristelle; 52% dos nascimentos são por cesariana; Apenas 25,2% das mulheres tiveram acesso à alimentação durante o trabalho de parto.

3CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças positivas na assistência ao parto são evidentes com a criação de políticas públicas que buscam devolver à mulher o protagonismo em sua experiência de parto, considerando seus desejos e necessidades. A busca por tornar o parto mais natural, humano e agradável para mães, bebês e familiares é um sinal de progresso. No entanto, é crucial destacar que, apesar desses avanços, desafios ainda persistem.

O reconhecimento dos pontos positivos e negativos na evolução da assistência ao parto é essencial para aprimorar a qualidade do cuidado prestado às gestantes. Através da análise crítica desses fatores, é possível traçar metas e estratégias para promover a implementação efetiva das Políticas Públicas de Humanização. Isso não apenas contribuirá para a melhoria do atendimento durante o parto, mas também fortalecerá a importância do respeito à autonomia, dignidade e bem-estar da mulher durante esse momento tão especial de sua vida. Portanto, é fundamental que continuemos a impulsionar esforços que visem aperfeiçoar a assistência ao parto, garantindo uma experiência positiva, respeitosa e centrada na mulher.

REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. [citado 2015 dez. 12]. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html#ar8

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília (DF); 2000.

[3] DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**. Os mitos sentidos de um movimento. Ciência e Saúde Coletiva. Vol.10. Nº 03. Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

[4] DINIZ,CSG 1997.**Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo.

[5] FILHO *et. al*. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em Saúde**. Interface (Botucatu), vol. 13 supl. 01, Botucatu, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

[6] MATOS, Greice Carvalho de, *et al.* **A Trajetória Histórica Das Políticas De Atenção Ao Parto No Brasil: Uma Revisão Integrativa.** Revista da Universidade Federal de Pernambuco On Line, Recife, 7(esp): 870-8, março de 2013. Disponível: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../5741

[7] MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Especial mês da Mulher: o cuidado humanizado para gestantes na Rede Cegonha**. 2015. Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35239-especial-mes-da-mulher-o-cuidado-humanizado-para-gestantes-na-rede-cegonha. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

[8] MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica conjunta/2016.** Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_conjunta_dab_e_dapes_redecegonha.pdf. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

[9] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série Textos Básicos de Saúde. 4ª ed. 3ª reimp. Brasília- DF. em:2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf. Acesso em: 12 de agosto de 2016.

[10] MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos.** Pernambuco, Publicações MPPE; 2015. Disponível em: http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf Acessado em:10 agosto de 2016.

[11] PASCHE, D F *et. al*. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública**. Ciência e saúde Coletiva,16(11); 4541-4548.2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2016.

[12] SERRUYA, Susanne Jacob *et al.* **O Programa da Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro, 20 (5); pág. 1281-1289, 2004. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0739.pdf. Acesso em : 12 de agosto de 2016.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson